

ВИКОРИСТАННЯ ГАБАПЕНТИНУ В ПРОФІЛАКТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ МІГРЕНІ

Сотніков Д. Д.

Сумський державний університет, кафедра фізіології та патофізіології

Актуальність. Мігрень та епілепсія вважаються коморбідними захворюваннями, що пояснюється схожістю патогенетичних механізмів. Останніми роками активно вивчається ефективність протиепілептичних препаратів у превентивному лікуванні мігрені. Препаратом першої лінії є топірамат. У кількох закордонних дослідженнях показана ефективність габапентину в профілактиці нападів мігрені, проте рекомендації щодо використання даного препарату варіюються.

Мета: вивчити ефективність габапентину в профілактичному лікуванні мігрені.

Матеріал та методи. Групу пацієнтів, яким запропоноване лікування габапентином, становили 35 хворих з головним болем, що відповідає діагностичним критеріям мігрені, з перебігом захворювання, який потребував профілактичного лікування. Переважна більшість представлена жінками – 30 (85,7 %) осіб. Середній вік становив $37,6 \pm 1,9$ року, давність захворювання – $14,4 \pm 1,3$ року. Лікування габапентином починалося мінімальною дозою 300 мг, при переносимості препарату відбувалося подальше її титрування протягом 4 тижнів до 1200 мг. Середня добова доза габапентину в групі становила $864 \pm 46,9$ мг. Більшість отримували 900 мг/добу – 10 (40 %) осіб, 600 мг/добу – 9 (36 %) осіб й 1200 мг/добу – 6 (24 %) осіб. Тривалість лікування становила 3 місяці. Хворі заносили дані щодо нападів головного болю в спеціалізований щоденник, де враховувалися частота, інтенсивність, тривалість, наявність супутніх симптомів. Інтенсивність головного болю оцінювалася за допомогою 10-бальної візуальної аналогової шкали (ВАШ). Для кількісної оцінки тяжкості мігрені та порушення повсякденної активності використовувався спеціальний опитувальник MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire).

Результати. Тримісячний курс лікування закінчили 25 (71,4 %) пацієнтів. Через виникнення побічних дій дослідження припинили 8 (22,9 %) осіб, із них у 4 (11,4 %) – запаморочення, у 2 (5,7 %) – сонливість, у 1 (2,9 %) – загальна м'язова слабкість, у 1 (2,9 %) – тремор. Двоє хворих (5,7 %) були виключені за недотримання протоколу дослідження та передчасне припинення лікування. Частота нападів мігрені скорочувалася вдвічі й більше в 14 (56,0 %) випадках, на 25–49 % – у 8 (32,0 %), менше 25 % – у 3 (12,0 %) пацієнтів. При цьому середня частота атак зменшилася з $8,0 \pm 1,1$ до $4,6 \pm 0,8$ на місяць – на 42,5 % ($p < 0,05$). У хворих на мігрень з ауурою середня частота виникнення аури скоротилася з $3,8 \pm 1,0$ до $2,3 \pm 1,0$ на місяць ($p > 0,05$), при цьому частка нападів з ауурою зменшилася лише на 9,9 %. Середня інтенсивність головного болю за ВАШ знизилася з $7,9 \pm 0,3$ до $6,2 \pm 0,3$ бала – на 21,5 % ($p < 0,05$). Наприкінці лікування середня тривалість мігренозного нападу зменшилася на 15,9 години – на 66,3 % ($p < 0,05$). Частка нападів із нудотою та/або блюванням зменшилася на 7,3 %, а з фото- та/або фонофобією – на 6,1 %. З 13 осіб, у яких спостерігалися симптоми алодинії під час нападу, у 9 (76,9 %) кількість атак зменшилася на 50 % й більше. Ступінь повсякденної дезадаптації за шкалою MIDAS зменшився з $26,4 \pm 1,6$ до $14,1 \pm 1,4$ бала – на 46,6 % ($p < 0,05$). На тлі загального зменшення частоти нападів, на 21,1% зменшилася кількість атак, що потребували медикаментозного купірування.

Висновки. Габапентин продемонстрував свою ефективність у профілактичному лікуванні мігрені. Більшою мірою позитивна динаміка відзначалася в зменшенні тривалості атак (на 66,3 %) і скороченні щомісячної частоти нападів (на 42,5 %), що відобразилось у зменшенні ступеня повсякденної дезадаптації на 46,6 % за шкалою MIDAS.